

**БУКОВИНСЬКА ЕКОНОМІЧНА ФУНДАЦІЯ  
БУКОВИНСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ФУНДАЦИЯ  
BUKOVINIAN ECONOMIC FOUNDATION**

**Матеріали XXIX Міжнародної науково-практичної конференції**

**НАУКА. ІННОВАЦІЇ.**

**ПРОГРЕС**

**Том 3**

**Чернівці, 29-30 листопада 2015 року**

**Материалы XXIX Международной научно-практической  
конференции**

**НАУКА. ИННОВАЦИИ.**

**ПРОГРЕСС**

**Том 3**

**Черновцы, 29-30 ноября 2015 года**

**XXIX International Scientific Conference**

**SCIENCE. INNOVATION.**

**PROGRESS**

**Part 3**

**Chernivtsi, November 29-30, 2015**

**УДК 001(082)**  
**ББК 72я43**  
**Н 34**

Редакційна колегія:

1. Іванюк Р.С.
2. Тарасенко М.І.
3. Григоренко І.І.
4. Шевчук Т.А.

**Н 34** Наука. Інновації. Прогрес / Матеріали XXIX Міжнародної науково-практичної конференції, Чернівці, 29-30 листопада 2015 р. - Т. 3. - Київ: Науково-видавничий центр «Лабораторія думки», 2015. - 36 с.

**ISBN 978-617-7284-37-5**

**ISBN 978-617-7284-40-5 (Т.3)**

У збірнику представлені тези доповідей учасників XXIX Міжнародної науково-практичної конференції «Наука. Інновації. Прогрес». Розглянуті сучасні тенденції розвитку науки та визначено шляхи їх оптимізації.

Для студентів, аспірантів, науковців та фахівців.

**УДК 001(082)**

**ББК 72я43**

**ISBN 978-617-7284-37-5**

**ISBN 978-617-7284-40-5 (Т.3)**

© Науково-видавничий центр «Лабораторія думки», 2015  
© Автори статей, 2015

Корреляционный анализ результатов клинико-инструментального исследования с учетом результатов спирометрии независимо от группы наблюдения показал, что выраженность изменений ФВД у всех обследованных пациентов с ТНП напрямую зависит от их возраста ( $r=0,416$ ,  $p < 0,001$ ).

Через 1 месяц после выписки из стационара нарушения ФВД сохранялись достоверно чаще у пациентов 1 группы ( $p=0,1377$ ) и составляли 75,8% против 49,1% у пациентов 2 группы. При этом в структуре нарушений ФВД распределение между группами было следующее ( $p=0,04111$ ):

Группа	Обструктивные нарушения	Рестриктивные нарушения	Нет нарушений
1	39,4%	36,4%	24,2%
2	21,8%	27,3%	50,9%

Выводы.

1. Нарушения функции внешнего дыхания (ФВД) на момент госпитализации выявляются у 75% всех наблюдений.

2. По результатам спирометрии нарушения ФВД достоверно чаще регистрировались у больных ТНП 4 клинической группы, - 90,9% против 65,5% 3 клинической группы ( $p < 0,01$ ).

3. Нарушения ФВД чаще наблюдались у пациентов мужского пола - 88,09% (37 из 42 мужчин) против 60,8% (28 из 46 женщин).

4. У пациентов мужского пола чаще регистрировался обструктивный тип нарушения ФВД.

5. Наличие нарушений ФВД значительно осложняет течение основного заболевания и восприятие пациентом тяжести своего состояния

6. Самооценка тяжести своего состояния больными ТНП имеет прямую корреляционную связь со степенью выраженности тяжести нарушений ФВД в обеих группах ( $p < 0,05$ ). При чем пациенты с нарушениями по обструктивному типу оценивают свое состояние как более тяжелое, чем пациенты с рестриктивными нарушениями ФВД.

7. У пациентов 1 группы через 1 месяц после выписки из стационара нарушения ФВД сохранялись достоверно чаще ( $p=0,1377$ ) и составляли 75,8% при этом структура изменений ФВД была сопоставимой.

Литература:

1. Авдеев С.Н. Лечение внебольничной пневмонии // Русский медицинский журнал. 2004. - Т. 12. - №2.
2. Авдеев С.Н. Тяжелая внебольничная пневмония / С.Н. Авдеев, А.Г. Чучалин // Русский медицинский журнал. 2001. - Т. 9. - №5 - С. 177-181.
3. Перцева Т.А., Конопкина Л.И. Основы изучения вентиляционной функции легких: клинико-диагностическое пособие. Методич. пособ. для врачей и студентов медицинских вузов. - Днепропетровск, АРТ\_ПРЕСС, 2008. - 66с.
4. Ewig S. Community-acquired pneumonia. Epidemiology, risk, and prognosis. Eur Respir Mon 1997; 3: 13-35.
5. Ewig S. Severe community-acquired pneumonia / S. Ewig, A. Torres // Curr. Opin. Crit. Care. 2002. - №8 (2). - P. 453-60.
6. European Study on Community-acquired pneumonia (ESOCAP) Committee. Guidelines for management of adult community-acquired lower respiratory tract infections. Eur Respir J 1998; 11: 986- 91.
7. Sitbon O., Mercat A., Petitretz P.. Pneumopathies aiguës infectieuses. Salmeron S, Duroux P., Valeyre D. (Ed). Pneumologie. Medecine-Sciences. Flammarion, Paris, 1997: 232-47.

**Кравченко. А.И.**

*ассистент,*

**Березуцкий В.И.**

*доцент кафедры пропедевтики внутренней медицины  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»*

*г.Днепропетровск, Украина*

## **СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

В 1992 году термин «импотенция» был заменен термином «эректильная дисфункция» (ЭрД), как менее негативно воспринимающийся больными. В этом же году был выработан консенсус по импотенции. Согласно ему, эректильная дисфункция - неспособность мужчины достигать и удерживать эрекцию,

достаточную для удовлетворительного проведения полового акта. Это постоянная или повторяющаяся неспособность достичь и (или) удержать эрекцию не менее чем в 25% случаев в течение 3-х месяцев и больше [1].

Ранее считалось, что 70-90% ЭрД имеет психогенное, функциональное происхождение, однако, современные данные позволили уточнить, что до 80 % случаев возникновения ЭрД составляет сосудистая патология [2].

В 2004 году на конгрессе Ассоциации американских урологов (AUA) были приняты положения, согласно которым развитие ЭрД коррелирует с развитием макро - и микроангиопатий и является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. А, по образному выражению K.L. Billups [3]: «ЭД является барометром кардиоваскулярных заболеваний».

Практически во всех, проводимых в последнее время эпидемиологических исследованиях ЭД, выявлена её корреляция с гипертонической болезнью (ГБ), атеросклерозом, сахарным диабетом (СД) [4]. Широкомасштабных эпидемиологических исследований ЭД в Украине не проводилось. По мнению главного сексолога Украины И.И. Горпинченко, 52% мужчин в нашей стране страдают эректильной дисфункцией [5].

При развитии ЭрД и атеросклероза рядом исследований выявлены одни и те же факторы риска: АГ, дислипидемия, курение, гиподинамия, ожирение и др. [6]. В проводимом 25-летнем проспективном исследовании The Rancho Bernardo Study была выявлена достоверная корреляция между факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и развития ЭрД [7].

Работ исследующих состояние левого желудочка (ЛЖ) мы не встречали. Поэтому представляло интерес исследование структурно-функционального состояния ЛЖ на фоне ЭрД у больных ГБ

Все обследованные мужчины были разделены на две группы. Основную группу составили 52 больных ГБ, у которых по данным анкетирования была выявлена эректильная дисфункция (ЭрД), группу сравнения составили 21 больной ГБ без ЭрД, которые были сопоставлены по возрасту с основной группой. Группу контроля составили 20 практически здоровых мужчин сопоставимые по возрасту.

Структурно-функциональное состояние левого желудочка изучали методом эхокардиографии на эхокардиографе в двухмерном и одномерном режимах и доплерэхокардиографии с использованием импульсного и цветового картирования. Для оценки структурно-функциональных особенностей левого желудочка у больных ГБ Эхокардиографическое изучались следующие показатели: объемные характеристики ЛЖ (КДО, КСО) и их производные - УО и ФВ, толщина стенок ЛЖ (ТЗСЛШ и ТМШП) и ММЛШ (ИММЛЖ). Вместе с оценкой ММЛШ (ИММЛЖ) для характеристики геометрической модели ЛЖ рассчитывали относительную толщину стенки ЛЖ ( $ОТС = ТЗСЛШ + ТМШП / КДР$ ). Для определения сократительной способности ЛЖ, кроме ФВ, вычисляли степень сокращения переднезаднего размера ЛЖ (%  $\Delta S$ ). Диастолическая функция сердца оценивалась методом доплерэхокардиографии в импульсном режиме. Диастолическое наполнение желудочков определялось по величинам пиковых скоростей раннего и предсердной наполнения (Е и А) и их отношение (Е / А).

Анализ структурно-функциональных показателей ЛЖ у больных ГБ по сравнению с контролем показал увеличение показателей ММЛШ, ИММЛЖ, ТЗСЛШ и ОТС ( $p < 0,05$ ). Геометрические размеры и объемы не менялись, не изменялось функциональное состояние миокарда. Такая закономерность была выявлена у больных ГБ как в основной группе, так и в группе сравнения. Повышение КДО у больных основной группы статистически не подтверждено. Однако было установлено увеличение КДО ( $p < 0,05$ ) на фоне увеличения массы миокарда ЛЖ и толщины его стенок. В группе сравнения увеличивалась масса миокарда ЛЖ с ростом КСО и снижением %  $\Delta S$ , но такие показатели, как КДР и КДО были ниже, чем в основной группе.

Структурные изменения сердечной мышцы у больных ГБ проявляются в гипертрофии миокарда левого желудочка, что считается одной из важнейших причин изменения её диастолической функции. Поэтому особый интерес представляло изучение частоты ГЛЖ у больных основной группы и группы сравнения. Критерием гипертрофии левого желудочка было наличие хотя бы двух из трех показателей: гипертрофия стенок левого желудочка (ТМШП и / или ТЗСЛШ)  $\geq 1,1$  см; увеличение ММЛШ  $\geq 266$  г; увеличение ИММЛЖ  $\geq 134$  г / м<sup>2</sup>. Массу миокарда ЛЖ рассчитывали по Penn Convention. Частота выявления ГЛЖ в нашем исследовании составила 55,7%, в основной группе ГЛЖ составила в 57,4% больных ГБ, а в группе сравнения - 47,6%.

Более высокие показатели ГЛЖ (ТЗСЛШ, ТМШП, ИММЛЖ) наблюдались в основной группе и сопровождался увеличением объемов и размеров полости ЛЖ ( $p < 0,05$ ). Сократительная способность миокарда увеличивалась, что свидетельствовало о напряжении компенсаторных механизмов.

Кроме того, при анализе данных ЭхоКГ нами было выявлено, что у обследованных больных

определялась не только ГЛЖ, но и изменения геометрии миокарда. Анатомические изменения ЛЖ у обследованных больных не всегда сопровождалось увеличением массы миокарда. Наблюдалось изменение геометрии ЛЖ при нормальной массе миокарда. Среди больных с нормальной ММЛШ было выделено следующие варианты геометрии левого желудочка: нормальная геометрия левого желудочка при ОТС ЛЖ менее 0,45 и концентрическое ремоделирование ЛЖ при ОТС более 0,45. В группе больных с ГЛЖ выделяли концентрическую гипертрофию ЛЖ при ОТС выше 0,45 и эксцентричную гипертрофию ЛЖ при ОТС ниже 0,45. Изучение геометрии ЛЖ у лиц основной группы и группы сравнения выявило неоднородность ее структуры. В основной группе нормальная геометрия миокарда была установлена у 18,2% больных, концентрическое ремоделирование (КР) ЛЖ - в 24,4%, эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) - в 9,2%, концентрическая гипертрофия (КГ) - в 48,2% больных, а в группе сравнения - 46,0%, 6,4%, 6,7%, 40,9% соответственно.

Этот вид гипертрофии чаще определялся у больных основной группы (48,2%), чем в группе сравнения (40,9%). Изучение геометрии ЛЖ при различных эхокардиографических типах ремоделирования свидетельствовало о том, что структурная перестройка у больных основной группы при КР характеризовалась снижением КСР и КСО и увеличением ТЗСЛШ и ТМШП, масса миокарда и индекс массы миокарда не изменялись. Эксцентричный вариант ремоделирования ЛЖ у больных ГБ основной группы проявлялся увеличением объема полости ЛЖ, показателей ГЛЖ. Причем в основной группе при ЭГ КДО, ММЛШ и ИММЛЖ были наиболее высокими. Считают, что причиной дилатации ЛЖ при ЭГ ЛЖ в отличие от КГ служит фактор объемной нагрузки, а не гипертрофия его стенок. Можно предположить, что ремоделирование ЛЖ сердца адаптируется тем, что ММЛШ компенсирует увеличение объема полости левого желудочка. Ремоделирование не приводило к изменению сократительных свойств миокарда, хотя у больных основной группы наблюдалось относительное снижение ФВ и %  $\Delta S$  при ЭГ.

Выявлена высокая распространенность ГЛЖ у обследованных лиц с ГБ и ЭРД. У больных основной группе ГЛЖ установлена в 57,4% случаях, в группе сравнения - в 47,6%. Помимо увеличения показателей ММЛШ, ТМШП, ТЗСЛШ повышались показатели КДО, КСО и сократительной функции миокарда.

Изменение структуры ЛЖ при ГБ проявлялось не только развитием ГЛЖ, но и изменением его геометрии. Ремоделирование чаще определялось у больных ГБ основной группы, чем в группе сравнения: в основной группе КР выявлялось у 24,4% больных, ЭГ - у 9,2%, КГ - у 48,2%, а НГ - у 18,2%; в группе сравнения - 6,4%, 6,7%, 40,9% и 46,0% соответственно. В основной группе в отличие от группы сравнения преобладали концентрические варианты ремоделирования (72,6% против 47,3%). Эти варианты ремоделирования чаще приводили к диастолической дисфункции. Так, среди больных с диастолической дисфункцией у 85,7% лиц определялось именно КР и КГ.

#### Литература:

1. National institutes of health consensus development panel on impotence // JAMA. - 1993. - Vol. 270. - P. 83-90.
2. Lewis R., Fugi-Meyer K., Corona G. et al Definitions epidemiology/risk factors for sexual dysfunction // J. Sex. Med. - 2010. - Vol. 7. - P. 3572-3588.
3. Billups K.L. Erectile dysfunction as a marker for vascular disease // Curr. Urol. Rep. - 2005. - Vol. 6, №6. - P. 439-444.
4. Rosen R.C., Sexual dysfunction as an obstacle to compliance with antihypertensive therapy. // Blood Press Suppl. - 2007. - Vol. 1. - P. 47-51.
5. Горпинченко И.И. Эректильная дисфункция: диагностика и современные методы лечения // Здоров'я України. - 2003. - № 63.
6. Mirone V., Ricci E., Gentile V. Determinants of erectile dysfunction risk in a large series of Italian men attending andrology clinics // Eur. Urol. - 2014. - Vol. 1. - P. 87-91.
7. Fung M.M., Bettencourt R., Barrett-Connor E. Heart disease risk factors predict erectile dysfunction 25 years later: the Rancho Bernardo Study // J. Am. Coll. Cardiol. - 2004. - Vol. 43. - #8. - P. 1405-1411.

**Кротова В.Ю.**

*асистент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини  
Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
м. Дніпропетровськ, Україна*

#### **ЛІКУВАННЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**

В Україні на даний час зареєстровано понад 3 млн. людей з різними формами судинних захворювань головного мозку, що приводять до зниження когнітивних функцій (КФ) [1, с. 4-10]. Майже